Rok XXIX. Kraków, 27 Grudnia 1890. Nr. 52.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO
wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	$3\frac{1}{2}$ „	6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1891 rok trzydziesty swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ arkusza na tydzień, jak najregularniéj.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Przyczynek do zachowania się płuc przy leczeniu gruźlicy metodą Kocha.

przez
Dr. J. Surzyckiego,
asyst. klin. lek. prof. Dra Korczyńskiego.

Od czasu gdy Fraentzel w dniu 17/11 b. r. na posiedzeniu Towarzystwa dla medycyny wewn. w Berlinie ogłosił doświadczenie nad leczeniem gruźlicy płuc limfą Kocha (*D. m. Woch.* Nr. 47 z 24/11 1890), prawie każdy dzień przynosi nowe spostrzeżenia nad leczeniem gruźlicy płuc tym sposobem. Z wielkiem zdziwieniem spostrzega się jednak, że w tych licznych doniesieniach autorowie nie podają wcale zmian, jakie nastają w płucach bezpośrednio pod wpływem wstrzykiwań limfy Kocha, lub opisują je w sposób bardzo niedokładny.

Wyjątek od tego stanowią spostrzeżenia Noordena (*D. m. Woch.* Nr. 49, z 4/12 1890), Korczyńskiego i Głuzińskiego (wypowiedziane na posiedz. Tow. lek. krak. w d. 3/12 1890), Ewalda (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 51 z d. 10/12 1890) i Głuzińskiego (Przegl. Lek. Nr. 51 z 20/12 1890), które określają dokładniéj zmiany, jakie powstają w płucach gruźlicą dotkniętych po użyciu wstrzykiwań limfy.

Sądzę więc, że jest na czasie, by ogłoszone zostały szczegółowo dwa przypadki suchot płucnych, które dzięki uprzejmości prof. Dra Rydygiera pozostają w klinice chirurgicznéj pod obserwacyją i leczeniem prof. Dra Korczyńskiego. Opis przypadków tych stwierdzi dowodnie słuszność wniosków, wypowiedzianych przez prof. Dra Korczyńskiego na posiedz. Tow. lek. krak. w d. 3/12 br. i poglądów prof. Dra Głuzińskiego zamieszczonych w Nrze 51 Przegl. Lek. z r. b. Historyje choroby przedstawię w jak największem streszczeniu:

Przypadek 1. J. D., l. 34, dziedzicznie nie obciążony. Przebywał uporczywą zimnicę, następnie zapalenie nerek bez zatrzymania śladów. Pierwsze objawy płucne wystąpiły w październiku b. r., kiedy chory zapadł na ostry gościec stawowy i d. 15 przyjęty do kliniki okazywał lekkie przytłumienie w szczycie lewym, wdech tamże szorstki pęcherzykowy i nieliczne drobne rzężenia, a w plwocinach wykazano w małéj ilości prątki. Ciepłota z powodu gośćca dochodziła do 39·0, po zastosowaniu antipyryny gościec ustąpił, a ciepłota wieczorami dochodziła tylko do 37·7 przy używaniu 1·00 kreozotu dziennie. Do końca października stan bezgorączkowy, pomimo że stłumienie wzmagało się a rzężeń przybywało, a 31/XI w plwocinach dość skąpych pokazała się krew. Od czasu do czasu bywały tylko nieznaczne nasilenia gośćca z obrzmieniem 2—3 stawów, ale bez znaczniejszéj gorączki (max. 38·8° C.). Wśród tego waga ciała z 53,200 podniosła się do 55 klg. Chory dopiero od 15/XI zaczyna pod wieczór gorączkować (max. 39·3), miewać dreszczyki i poty nocne, a plwociny poprzednio śluzowe stają się typowo-ropne, a w d. 22/XI można było stwierdzić już przytłumienie po lewéj stronie do grzebienia łopatki, po prawéj w samym szczycie — wdech po lewéj bardzo szorstki pęcherzykowy, wydech zbliżony do oskrzelowego, liczne dźwięczne rzężenia, w prawym rzężeń nie ma. Max. ciepłoty wieczornéj 38·4 do 39° C: Liczba oddechów 28—32. 24/XI. W dniu pierwszego wstrzykiwania przedtem przedsiębrane badanie wykazało: po

pr. str. przytłumienie w szczycie z przodu tylko w dołku nadobojczykowym, z tyłu do grzebienia łopatki, tamże bardzo skąpe niedźwięczne rzężenia; po lewéj z tyłu do grzebienia łopatki, z przodu odgłos stłumiony, w szczycie poniżéj przytłumiony do górnego brzegu czwartego żebra, jak niemniéj w pasze lewéj do 4 żebra, tamże słabe tarcie opłucnowe, pod łopatką lewą odgłos przytłumiony; w miejscach stłumienia liczne drobne rzężeńka dźwięczne. Ilość plwocin 60 ctm. Ilość ciałek krwi czerw. 2.900,000, ilość hemoglobiny 105%, prątków spora ilość, waga 54 klgr. Po wstrzyknięciu 1 miligr. max. ciepłota w $4^1/_2$ godz. 40·0° C. 25/XI. 2 dawka 0,001, ciepł. max. 39,1, p. 88. Stłumienie po lewéj stronie większe, rzężeń także więcéj i wyraźniejniejsze. Plwocin 50 ctm. Śledziona wyraźnie większa. Spora ilość prątków. 26/XI Bez wstrzyknięcia. Waga 53,800, plwocin 45 c. c. W płucach *status idem.*, max. ciepł. 39,1. 27/XI. 3 wstrzyk. 0,002, max. 38·8. Między brzegiem wewn. łopatki a stosem pać. po str. lewéj odgłos przytłumiono-bębenkowy, tamże liczne trzeszczące rzężenia. 28/XI. bez wstrzyknięcia, max. 38·7, w płucach obydwóch rzężeń spora ilość, zawsze jednak więcéj po stronie lewéj, osobliwie poniżéj obojczyka i w pasze i z tyłu u dołu. 29/XI. 4 wstrzyk. 0,004, max. 39,1, w plwocinach w kilku grudkach krew, prątki jak przed tem. W płucu lewem stłumienie między łopatką a stosem pać. większe, oddech tamże oskrzelowy, rzężeń tamże mniéj. 30/XI bez wstrzyknięcia, ciepłota max. 38,5. Bóle gośćcowe choremu mocno dokuczają. 1/XII bez wstrzyk. max. 39·7, odgłos wypukowy między łopatką a stos. pać. po str. lewéj jawniejszy, rzężeń nierównobańkowatych tamże więcéj. Waga 52,800 mm. 2/XII bez wstrzyk., max. 39·2, plw. 35 cc. Z tyłu po lewéj stłumien. zupełne do grzeb. łop. poniżéj 4 ctm przytłumienia, poniżéj odgłos wyjawniał. Rzężeń znacznie mniéj. Z przodu po l. odgłos jawniejszy, rzężeń też mniéj. 3/XII 5 wstrzyknięcie 0,006 ciepł., 39·9, p. 100, odd. 38, plwocin 38 cc. więcéj śluzowych bez krwi, jednak prątków sporo. 4/XII 6 wstrzyk. 0,006, max. ciepł. 40,4 p. 96, waga 52,600. Plwocin 40 c. c., prątków znacznie mniéj. 5/XII 7 wstrzyk. 0,006 max. 40,4 p. 96, waga 52,00. Plwocin 45 c. c., prątków sporo, tyle co przedtem. stłumienia w rozmiar. poprzednich. W okolicy grzeb. łopatki lew. wdech i wydech oskrzelowy, przyczem liczne grubońkowate dźwięczne rzężenia. Z przodu jak poprzednio. Śledziona jeszcze wyraźnie powiększona. 6/XII 8 wstrzyk. 0,006, max. ciepł. 39·7, plwocin 45 c. c., prątki jak przedtem. Stłumienia jak przedtem. W szcz. lew. rzężenia dźwięczne różnobańkowe dość liczne. poniżéj mniéj ale więcéj grubobańkowych. Śledziona nie powiększa się. Waga 52,600. 7/XII 9 wstrzyk. 0,006 max. ciepł. 39·4, plwocin 52 c. c. śluzoworopnych trochę pienistych, prątków spora ilość, waga 52,700. Nasilenie gośćcowe nieznaczne. 8/XII 10 wstrzyk. 0,006 max. ciepł. 39,9. Plwociny z grudkami krwi, miejscami rdzawe 40 c. c., prątków sporo. Z tyłu po stronie lewéj nowe przytłumienie do kąta łopatki, wdech prawie oskrzelowy, rzężeń mało, więcéj w szczycie. Po prawéj z tyłu od $^1/_2$ łopatki do kąta bębenkowo przytłumiony bez rzężeń z zaostrzeniem wdechów, natomiast w okolicy grzebienia łopatki po kaszlu b. skąpe drobne rzężenia. Z przodu przytłumienie jak dawniéj, rzężeń mało. Śledziona zawsze powiększona. 9/XII 11 wstrzyk. 0,006, max. ciepł. 39·7. Plwocin 50 c. nieco krwawe, prątków wiele, granice stłumień szczytowych jednakowe, wyraźniejsze po lewéj i większe niż z samego początku. Stłumienie po lewéj od grzebienia do kąta wyjawniało, a rzężeń b. mało i tylko głuchych więcéj po kaszlu. Również z przodu po lewéj odgłos wyjawniał, utrzymuje się tylko przytłumiono bębenkowy i rzężeń b. mało głuchych. W szczycie pachy lewéj do 7-go żebra drobne rzężeńka się utrzymują. Nad mostkiem około 4 żebra tarcie osierdziowe. 10/XII 12 wstrzyk. 0,006 max. ciepł. 39·2, t. 100, waga 52,600 Ilość prątków jednakowa. 11/XII 13 wstrzyk. 0,007, max. ciepł. 38,7. Z tyłu po lewéj stłumienie do $^1/_2$ łopatki, po prawéj tylko w szczycie, poniżéj do $^1/_3$ doln. łopatki wypuk bębenkowy, rzężeń brak. Po lewéj rzężeń b. skąpa ilość. Z przodu po lewéj odgłos bardziéj wyjawniał, rzężenia tylko po kaszlu, po prawéj wcale ich nie ma, a stłumienie utrzymuje się tylko w szczycie. Tarcie osierdziowe wyraźne. 12/XII 14 wstrzyk. 0,008, max. ciepł. 39·5, t. 100. W plwocinach prątków b. wiele. Po raz pierwszy zauważono wyraźne poprzerywanie i postacie drobniejsze jakby ułomne. 13/XII 15 wstrzyk. 0,01, max. ciepł. 40·3. t. 82. Plwocin 45 cc. śluzoworopne, bardzo wielka ilość prątków, wyraźnie poprzerywane. W płucach stan ten sam. Waga 52,700. 14/XII Bez injekcyi. Max. ciepł. 38·4, t. 84. Plwocin 40 c. śluzoworopne, prątków znacznie mniéj, b. niewyraźnie poprzerywane. W płucach nowe stłumienie między $^1/_2$ a kątem lewéj łopatki, oddech oskrzelowy ale bez rzężeń. Zresztą jak przedtem, tylko z przodu znacznie więcéj rzężeń po stronie lewéj i to różnobańkowe. Waga 52,500. 15/XII 16 wstrzyk. 0,01, max. ciepł. 38·8, t. 72. Plwocin 45 cc., prątków mniéj, niektóre poprzerywane. Waga 52,500. Świeże stłumienie z tyłu po prawéj wyjawniało, w tem zaś miejscu b. nieliczne drobne rzężenia. Po lewéj również odgłos jawniejszy w miejscach poprzednio przytłumionych, tylko w szczycie wyraźne, rzężeń b. skąpa ilość. 16/XII 17 wstrzyk. o godz. 11 przedp. 0,012 max. ciepł. 39·1 o 6 następnie spada do 38·7 i o 10 znowu na 39·6, t. 100. Plwocin 42 cc., prątków spora ilość, trochę poprzerywanych. Waga 52,500. W płucach nie ma dalszych zmian. 17/XII 18 wstrzyk. 0,012, max. ciepł. 40·2, t. 96. W płucach w szczytach zmian nie ma, poniżéj zaś wyjawniał odgłos, rzężeń b. skąpa ilość tak z przodu jak z tyłu. Waga 52,400. 18/XII 19 wstrzyk. 0.012, max. ciepł. 39·5, t. 84. Plwocin 50 cc., prątków nieco mniéj, poprzerywanie nie wyraźne. Z tyłu po lewéj stłumienie w szczycie jak przedtem. Obok tego nowe stłumienie od $^1/_2$ do kąta łopatki. Tamże wdech szorstki pęcherzykowy, wydech prawie oskrzelowy, rzężeń b. mało, tylko w pasze lewéj i w szczycie lewym. Tarcie opłucnowe w pasze lewéj jeszcze się utrzymuje. Waga 52,500. 19/XII Injekcyi nie robiono. Plwocin 40 cc. więcéj śluzowe, prątków nieco mniéj, poprzerywanie dość widoczne. Ciepł. o 2-éj 39·0, o 4-éj 38·7, o 5-éj 38·7. Stłumienie znaczne po lewéj z tyłu od szczytu do poniżéj grzebienia łopatki na szerokość 2 palcy, poniżéj zaś tylko bębenkowy, lekko bardzo przytłumiony. Po prawéj z tyłu stłumienie dochodzi do grzebienia łopatki, poniżéj jawniejszy, a daléj poczyna się nowe przytłumienie od $^1/_3$ górnéj części łopatki do kąta, od kąta łopatki zaś do samego dołu odgłos bębenkowy. Wdech po lewéj b. szorstki, wydech zaś w okolicy $^1/_2$ łopatki oskrzelowy, rzężeń po lewéj b. mało. Po prawéj w szczycie wdech szorstki pęcherzykowy, wydech oskrzelowy, rzężenia b. skąpe drobne. W miejscu nowego stłumienia po stronie prawéj oddech nieoznaczony bez rzężeń. Waga ciała 52·900. Uczucie podmiotowe dobre. Bolów gośćcowych nie ma.

Przypadek 2. dotyczy Fr. S. l. 27, rolnika nieobciążonego dziedzicznie, u którego objawy płucne rozpoczęły się przed rokiem uporczywym kaszlem zrazu suchym. W styczniu b. r. pokazała się 2 razy krew w plwocinach, a w czerwcu b. r. kłucie w boku lewym. Przytem waga ciała z 70 kil. spadla na 53 kil. W ostatnich czasach pokazały się dreszczyki wieczorem i mocne poty. Przyjęty do kliniki d. 28/XI. okazywał następujące zmiany: Z przodu po str. prawej przytłumienie w dołku nadobojcz. i na obojczyku; po lewej większe przytłumienie od szczytu do górnego brzegu 2-go żebra i w pasze lewej. Z tyłu w prawym szczycie lekkie przytłumienie, nie dochodzące do grzebienia łopatki; po lewej stłumienie wyraźniejsze i schodzi prawie do grzebienia łopatki. Z tyłu wdech w szczycie lewym słaby pęcherzykowy i nieliczne drobne rzężenia, po kaszlu wyraźniejsze, w szczycie prawym szorstki pęcherzykowy, rzężeń brak. Zresztą po całej stronie lewej z tyłu nieliczne drobne rzężenia, w dole liczniejsze zbliżone do dźwięcznych; po prawej tylko poniżej stłumienia nieliczne rzężeńka głuche. Z przodu w szczycie prawym bardzo nieliczne rzężeńka drobne, w lewym liczniejsze i więcej dźwięczne przy wdechach pęcherzykowych słabszych po lewej niż po prawej stronie. Również drobne rzężeńka w pasze lewej — więcej głuche. Śledziona nie powiększona, zresztą nic szczególnego. Przez 4 dni pierwsze ściślej obserwacyi ciepłota najwyżej 37.0, plwocin przeciętnie 30 c. c. śluzowych z domieszką ropnych, a prątków 1-go dnia b. mało, następnie nieco więcej, ale zawsze mierna ilość. Waga 53 kil. W moczu żadnych zmian. Ostatniego dnia lekkie krwioplucie. 2/XII 1 wstrzyk. 0,001 ciepł. max. 37,4 t. 78. Plwocin 40 c. c. śluzoworopnych z domieszką krwi, prątków nieco więcej. Po prawej str. z tyłu świeże stłumienie niżej na 3 ctm., po lewej jak przedtem po prawej skąpe ilości rzężeń, gdzie ich przedtem nie było, po lewej zaś więcej niż poprzednio. Z przodu po lewej przytłumie-

nie posunęło się do dolnego brzegu 2-go żebra i rzężeń więcej. Śledziona niezmieniona. 3/XII. 2-ie wstrzyk. 0,002, ciepł max. 38,5 t. 80. Plwociny jak przedtem w ilości 25 c. c., prątków bardzo mało. Waga 51.800. — 4/XII. 3-ie wstrzyk. 0,002, ciepł. max. 38.7 t. 90. Plwocin 45 c. c., prątków kolosalna ilość jak nigdy przedtem. W płucu lewem rzężeń znacznie mniej, stłumienie z tyłu w szczycie nieco się ku dołowi posunęło, z przodu zaś jak przedtem. 5/XII. 4-e wstrzyk. 0,002, ciepł. max. 38,1 t. 86. Plwocin 45 c. c. śluzoworopnych bez krwi, prątków spora ilość, ale mniej niż 4/XII, stłumienie z tyłu po lewej posunęło się niżej a odgłos stał się przytem bębenkowy. Rzężeń o wiele więcej różnobańkowych, tylko w szczycie lewym drobne. W prawym nie wiele rzężeń, stłumienia jak poprzednio. Śledziona nieznacznie powiększona. W nocy obfite poty. Waga 51.500. 6/XII 5-te wstrzyk. 0,002, ciepł. max. 37.7, t. 82. Plwocin 45 c. c. lekko rdzawe, b. mało prątków. Z przodu stan jak przedtem. Z tyłu zaś po str. lewej, stłumienie od szczytu aż nieco poniżej grzebienia łopatki wyraźne — poniżej jawny tylko bębenkowy, a natomiast znowu od $^1/_2$ łopatki bębenkowo przytłumiony, zresztą w szczycie jak dawniej. Z tyłu w szczycie lewym rzężeń prawie niema, za to poniżej o wiele więcej niż przedtem, zwłaszcza koło kąta łopatki są grubobańkowate. Po prawej brak rzężeń z tyłu i z przodu tylko w szczycie. Śledziona nie powiększona. Waga 52.060 7/XII. 6-te wstzyk. 0,003, ciepł. max. 37.2, t. 84. Plwocin 35 c. c. trochę rdzawych, prątków niewiele, mniej niż przedtem. W płucach nowych zmian nie ma. 8/XII. 7-e wstrzyk. 0,004, ciepł. max. 39.8 (przedtem między 7— a 9-ą silne dreszcze), tętno 100 słabe, przytem lekkie objawy zapadu; chory skarżył się przez kilka godzin na omdlewanie, znaczne osłabienie i nudności. W płucach stłumienie w poprzednich granicach, rzężeń tylko w ogóle mniej. Śledziona nie powiększyła się. Plwocin 35 c. c. śluzoworopne, prątki w mniejszej ilości. Pierwszy raz zauważyłem pewne nieregularne formy, poprzerywanie tychże i jakby zniekształtnienie ich. Waga 52 kil. 9/XII. 8-e wstrzyk. 0,004, ciepł. max. 37.8, t. 94. Plwocin 40 c. c. prątków mało. Z tyłu po lewej w $^1/_2$ łopatki rzężenia dźwięczne grubobańkowate, około grzebienia również ich spora ilość, a na tej przestrzeni wdech oskrzelowy. Po całej prawej str. rzężenia średniobańkowate, niezbyt dźwięczne. Z przodu po lewej rzężeń w szczycie mało i to głuchych, poniżej ich nie ma, po prawej zaś do 2 żebra mierna ilość średniobańkowatych, poniżej skąpe. Śledziona nie zwiększona. 10/XII. 9-te wstrzyk. 0,006, ciepł. max. 37.5, t. 90. Plwocin 35 c. c. prątków kolosalna ilość jak nigdy przedtem. Waga 51.600. 11/XII. 10-te wstzyk. 0,008. Ciepł. max. 37.5, t. 96. Plwocin 35 c. c. więcej śluzowych, prątków jednak b. wiele. Zresztą nic szczególnego. 12/XII 11 wstrzyk. 0,01 ciepł. max. tylko 37·8 t. 92. Plw. 40 cc., prątków b. dużo, z nich wiele poprzerywanych. W płucach: z tyłu po str. praw. stłumienie niżej grzebienia, po lewej zaś wystąpiło nowe przytlumienie w okolicy kąta łopatki, około zaś grzebienia łopatki odgłos wyjawniał. W boku lewym nowe stłumienie schodzi się ze stłumieniem śledziony i tamże rzężenia głuche. Około stosu kręgowego po lewéj dźwięczne rzężenia. Zresztą ilość rzężeń nieznaczna, dopiero wieczór znacznie ich więcéj. Nad tętnicą płucną rozkurczowe tarcie. 13/XII 12 wstrzyk. 0,012, ciepł. max. tylko 37·4, l. 88. Prątków spora ilość widocznie poprzerywanych. Waga 52·2. W płucach zmiany jak przedtem. 14/XII 13 wstrzyk. 0,012, ciepł. max. tylko 37·1, l. 86. Prątków trochę mniéj, również niektóre poprzerywane. W okolicy kąta łopatki lewéj odgłos wyjawniał, tam liczniejsze rzężenia. Za to w szczytach przytłumienia znaczniejsze, rzężeń wogóle niewiele. 15/XII 14 wstrzyk. 0,012, ciepł. max. tylko 37·3, l. 98. Plwociny rdzawe 30 c. c. prątków niewiele, niektóre przerwane. W płucach nowe stłumienia mniéj wyraźne, rzężeń b. mało, zaledwie po kaszlu. 16/XII 15 wstrzyk. 0,014, ciepł. max. tylko 37·5, zresztą wszystko jak przedtem. 17/XII 16 wstrzyk. 0,016, ciepł. max. 37·5. Plwocin 35 c. c. śluzowo-ropne, prątków nie tak wiele, trochę poprzerywane. Stłumienie z tyłu po lewéj w dole o wiele wyjawniało, rzężeń bardzo mało, tylko w szczycie lewym utrzymują się. 18/XII 17 wstrzyk. 0,018, ciepł. max. 37·7. Plwocin zaledwie 30 cc. i to więcéj śluzowe, prątków niewiele. W płucach oprócz dawnych szczytowych stłumienie tylko pod kątem łopatki lewéj; rzężeń b. mało przeważnie w szczytach. 19/XII 18 wstrzyk. 0,02, ciepł. max. tylko 37·5, l. 96. Plwociny więcéj śluzowe w mniejszéj niż dotychczas ilości. Prątków niewiele. Waga 53 kil. Stłumienie w szczytach obydwóch bardziéj niż w początku nasilone. Pod kątem łopatki lewéj, oraz w samem dole w linii pachowéj lewéj, lekkie przytłumienie i w tych miejscach głuche nieliczne drobne rzężenia. Po kaszlu pokazują się one i w szczycie lewym. Z przodu stan niezmieniony, rzężeń b. niewiele i tylko po lewéj stronie. Śledziona w wymiarach poprzednich.

U chorych z gruźlicą płuc, obok znanéj reakcyi ogólnéj pojawia się więc i reakcyja miejscowa, która objawia się zwiększeniem się ilości rzężeń, przytłumieniem, a nawet stłumieniem odgłosu nietylko w najbliższém sąsiedztwie nacieku gruźliczego, ale i w miejscach odległych. Reakcyję tę można uważać jako pewien rodzaj zapalenia płuc, gdyż równocześnie pojawić się może suche zapalenie opłucny lub osierdzia, a plwociny częstokroć zawierają krew. Świeżo powstałe stłumienia po pewnym czasie jawnieją całkowicie lub częściowo a w miejscu tem pojawiają się obfite rzężenia tak jak w okresie rozdzielania się nacieku w zapaleniu płuc. — Śledziona obrzmiewa, a plwociny stają się więcéj śluzowe. Ilość prątków jest zmienna. Zmiany w kształcie prątków, jakie opisał Fraentzel i Jaksch, nastają dopiero po kilkunastu wstrzykiwaniach. Można je jednak napotkać także u chorych gruźliczych, którym się limfy Kocha wcale nie wstrzykuje.

W przyp. I waga ciała po małych wahaniach wróciła do pierwotnéj, w przyp. II zmniejszyła się o 2·100 grm.

Czy korzystny wpływ na gościec, jaki zauważono w przyp. I, jest zjawiskiem tylko przypadkowem, wykazać mogą dopiero dalsze doświadczenia.

W końcu wyrażam p. prof. Dr. Rydygierowi podziękowanie za uprzejmość okazaną przez umieszczenie tych dwóch chorych w swéj klinice i stosowanie im wstrzykiwań ze swego zapasu szczepianki Kocha.

Kraków 19/XII 1890.

II. Z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.

Podał

Dr. Czesław Podgórski,

I-szy sekundaryjusz oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 51.)

Po otwarciu całego przewodu pachwinowego przekonano się, iż przepuklina wychodzi istotnie wprost z jamy brzusznéj przez *fovea inguinalis interna*, podczas gdy sznurek nasienny grubemi naczyniami opatrzony przez kanał pachwinowy poniżéj i nieco na zewnątrz od bramy przepukliny ku jądrn zdąża. Między wyjściem sznurka z jamy brzusznéj (*fovea inguinalis externa*) a przepuliną (*fovea inguinalis interna*) znachodzi się mostek szerokości czterech centimetrów z powięzi głębokich utworzony, a w środku tętnicę *art. epig.* zawierający. Oddzielono więc obecnie cały sznurek nasienny, przyciągnięto go na haku ku górze i zewnątrz. Następnie oddzielono od otoczenia worek przepuklinowy (na którego szczycie tkwił gruczoł limfatyczny zapalnie zmieniony) dla przekonania się otwarto go i znaleziono próżnym, ale ściany jego zapalnie naciekłe; oddzielono go więc na tępo w głąb i poza bramą nisko w części zdrowéj podwiązano, a resztę worka poniżéj odcięto. Teraz zespojono poprzednio naciętą warstwę potrójną z mięśnia wewnętrznego skośnego, powięzi m. poprzecznego i powięzi prostopadłéj Coopera złożoną przez przyszycie jéj do więzu Pouparta i bokiem do wspomnianego mostka. Sznurek nasienny wypuszczono zewnętrznogórnym końcem rany. Bramę położoną w wewnętrznym brzegu rany zamknięto i to szwami głębokiemi zbliżającymi brzuszne brzegi szyi, aby otrzymać niejako ciąg dalszy wyżéj wspomnianéj tylnéj ściany, ułożono na to sznurek na-

sienny, który jednak szwów końcowych już nie zakrywał, kierując się wcześniéj na dół ku mosznie. Nad tą ścianą i nad sznurkiem na niéj ułożonym zeszyto ścięgno mięśnia skośnego zewnętrznego. Nadmienić jednak muszę, że odszukanie i oddzielenie warstwy głębokiéj (*m. transver. abdom. obliqu. intern.*) od płytkiéj (*m. obliqu. exter.*) nad całym kanałem pachwinowym tak łatwe, tu w kącie wewnętrznym koło szyi *hernia directa* napotyka na trudności, gdyż wszystkie te twory zlewają się razem w jednę powięź twardą, rozdzielającą się dopiero niżéj na udzie, zamknięcie więc to bramy jest prawie analogicznem do szycia Czernyego tem bardziéj, że sznurek nasienny ponad szwami tu nie idzie, tylko wcześniéj na zewnątrz ku dołowi się skręca. Zaznaczając tę okoliczność, do któréj poniżéj jeszcze powrócę, podaję dalszy opis pzzypadku. Ranę skórną zeszyto w zupełności. Po 6 dniach opatrzono, rana była zagojoną *per primam* tak, że wyjęto szwy i bliznę przykolloidonowano.

9) Wawrzyniec Zając, lat 32, ekspres. Chory podaje, że nigdy na przepuklinę nie cierpiał. Obecnie przed 15-tu godzinami nagle wystąpił mu guz w okolicy pachwinowéj prawéj w mosznę prawą wchodzący i od tego czasu nie oddaje kału i wiatrów. W ostatnich chwilach wystąpiły często wymioty. Gdy w narkozie odprowadzenie się nie udało, wykonano (autor rozprawki niniejszéj) operacyję radykalną Bassiniego. Przy oddzieleniu worka, po otwarciu go w dole przekonano się, że *processus vaginalis* jest otwarty w całości a sieć do szczytu jądra przyrośnięta. Pierścień uciskający stanowiło okrężne zgrubienie ściany samego worka, zawieającego nieznaczną pętlę jelita cienkiego a duży płat sieci. Jelito było silnie nastrzykane, wiśniowo-czerwone, ale połyskujące, sieć silnie przekrwiona, a z worka po otwarciu wylała się dość znaczna ilość cieczy posokowatéj cuchnącéj. Pierścień zaciskający rozcięto, jelita uwolniono, sieć zgrubiałą, podwiązawszy kilkakrotnie, odcięto a worek w głębi niżéj pierścienia zamknąwszy, z powodu szerokości szyi, szwem Zweiffla-Obalińskiego odcięto. Część podwiązana otrzewny wycofała się do jamy brzusznéj. Obecnie umieszczono sznur nasienny w sposób téj metodzie właściwy i zespojono w zupełności brzegi skórne i ranę przykollodiowano. Stolec był w kilka godzin po operacyi, wymioty i bóle ustąpiły. Przez trzy dni chory miał się całkiem dobrze. Dnia 4-go wystąpiła ciepłota 40° C., wieczorem chory dostał wymiotów żółciowych, które odtąd się trwale utrzymywały. Przy badaniu miejscowem rany, przyczyny tego stanu nie znaleziono, rana nie zaczerwieniona, okolica jéj całkiem niebolesna. Odgłos wypukowy bębenkowy. Chory żali się ciągle na zawrót i silny ból głowy, a do bolesności okolicy wątroby dołączyła się 8-go dnia wybitna żółtaczka. Rana jednak całkiem zgojona tak, że szwy puszczono. W głębi przy ucisku nad więzem prawym Pouparta mierna bolesność. Po stronie lewéj w dolnym płacie płuc skonstatowano objawy nacieku. Plwociny krwawe. Ciepłota ciągle nie podwyższona. Na całéj skórze gwałtowny świąd tak, że chory drapiąc się gwałtownie, brzegi rany powierzchownie rozdarł. Wśród objawów senności, częstych krwawień z nosa i suchości języka, chory w 13 dni po operacyi umarł. Tłomaczyliśmy sobie cały przebieg tak, że uciśnięta sieć lub jelito były źródłem następowych zmian w narządzie krążenia wątrobowym (stąd bolesność wątroby i żółtaczka z objawami zatrucia kwasami żółciowymi, a sprawę w płucach pojmowaliśmy jako infarkt wyszły ze skrzepów żył wątroby. Sekcyja wykazała: *Phlebitis venae spermaticae dxt. Vaginitis testis haemorhagica. Haematokele. Phlegmone septica textus subperitonealis in regione lig. Pouparti dextr. Hyperae mia passiva nec non pseudodyphtheria superf. mucosae partis intestini ilei supra divert. Meckeli. Pneumonia crouposa lobi infer. pulm. sin. in stadio hepatisationis griseae nec non part. infer. lobi super. sin. in stadio hep. rubrae. Tumor acutus lieuis. Degeneratio adiposa musculi cordis ac hepatis.*

Przyczyna śmierci leżała więc w uwiężnięciu przepukliny. Tkaniny te uciśnięte, napojone cieczą przepuklinową, były punktem wyjścia (wskutek nakłucia przy operacyi *v. spermaticae ester?*) sprawy zapalnéj w żyle i tkance podotrzewnowéj. A jeżeli prz ciw metodzie saméj jaki, to ten jedynie dałby się podnieść w tym razie zarzut, że zupełnie ściśle zamykając kanał już z góry jest niejako obliczona na rychłozrost, a więc w razach uwiężnięcia tylko w częściach zdrowych i po bardzo ścisłem oczyszczeniu z cieczy przepuklinowéj, winno się jéj dokonywać. W razach, gdzie tych warunków by nie było, to dałoby się ją zastosować dopiero po zgojeniu się prostéj hermotomii następowo.

10) T. S., lat 53, rządca. W czasie służby obozowéj w roku 1863 spostrzegl przepuklinę, która obecnie dochodzi wielkości dwoch pięści i od roku paskiem zatrzymać się nie daje. Po wykonaniu operacyi typowo sposobem Bassiniego w 7 dni puszczono szwy, a dnia 11 chory wyszedl z raną przez rychłozrost wygojoną.

Wyniki więc téj metody są świetne, ale bo też w sposobie wykonania operacyi uzasadnione. Autor sam na 262 przypadków miał tylko 7 przypadków recydywy, a gojenie większą częścią następowało przez rychłozrost tak, że w większéj ilości przypadków chorzy jego opuszczali szpital między 9 a 15 dniem wyleczeni, w kilkunastu tylko przypadkach przeciągało się leczenie do trzech a w kilku do czterech tygodni. My mieliśmy na 10 przypadków 8 razy rychłozrost, jeden raz, gdzie musiano z powodu ogromnych rozmiarów przepukliny drenować, chory wyszedł w 5 tygodniu, a jeden przypadek śmierci do zmian następowych przez uwięzgnięcie wywołanych odnieść należy. A więc i w trwaniu leczenia korzyść téj metody jest widoczna, bo uwalnia chorego od długiego leżenia po zagojeniu, a to przysparza mu szybciéj niż inne sposoby, gdyż n. p. według statystyki z kliniki Billrotha, gdzie operują sposobem Czernyego wyleczenie przy *prima intentio* następowało średnio w 25 a przy *secunda intentio* w 48 dni. Jedna jeszcze uwaga nasuwa się mimowoli przyglądającemu się statystyce Bassiniego a znając stosunki nasze, t. j. bardzo mała ilość przepuklin uwięzgniętych w stosunku do tak wysokiéj liczby operacyj wolnych przepuklin. Miał bowiem Bassini na 262 przypadków przepuklin pachwinowych tylko 11 uwięzgniętych, podczas gdy u nas ten stosunek idzie prawie pół na pół. Widocznie więc synowie klasycznéj ziemi mają albo wysoko wyrobione poczucie piękna obok wielkiego zaufania do swych chirurgów i chętnie poddają się operacyi, aby pozbyć się kalectwa, choć przepuklina jest wolną, albo też może uwięzgnięcia wskutek innych warunków życia są tam wogóle rzadszemi niż u nas. Teoretycznie rozpatrując tę metodę widzimy, iż ona w zupełności warunkom zabiegu doszczętnego odpowiada — usuwa przepuklinę i worek, a ścianę brzuszną buduje zupełnie na wzór kanału pachwinowego w stanie fizyjologicznym. Mechanizm, jaki sobie przyroda w zdrowym osobniku stworzyła jest tu niejako w zupełności podpatrzonym. Wytwarza się bowiem dwie silne ściany na długiéj przestrzeni warstwowo na siebie zachodzące, tem silniéj do siebie przylegające im większy nacisk od jamy brzusznéj i to nie przez proste przybliżenie tworów ścięgnistych zbudowane, ale utworzone przez zeszycie rozciętych części, która to okoliczność niejako w innych razach stósowanemu a tak skutecznemu okrwawianiu bliznowatych brzegów się równa. Drugą jednakże zasadniczą zaletą jest bezsprzecznie zapewnienie tym ścianom żywotności i znaczenia fizyjologicznego. Przebiega bowiem między niemi sznur nasienny z pękiem naczyń, w których przepływająca krew żywotność tym tkankom nadaje i takową trwale utrzymuje. Wszystko powyższe odnosi się do przepuklin pachwinowych skośnych (czyli zewnętrznych); inaczéj nieco przedstawiają się warunki przy przepuklinach wewnętrznych (*hernia*

directa), do których autor swą metodę też zastosowuje. Tu z powodu lokalizacyi, jak już nadmieniłem w historyi l. 8 zamknięcie bramy dwupiętrowe jest trudne; blaszki bowiem pojedynczych powięzi zlewają się tu szczególnie w płacie dolnym razem tak, że właściwie przy tych przepuklinach zamknięcie bramy polega na przybliżeniu jéj brzegów czyli jest zupełnie podobnem do zespajania sposobem Czernego. Autor metody wzmacnia je przez ujęcie w szew zewnętrznego brzegu mięśnia prostego. Nadmienić tu trzeba, że ujmując przy tych szwach nieco głębiéj możnaby łatwo zranić naczynia główne, a przedewszystkiem żyłę udową. Rzecz prosta, że reszta operacyi wykonywa się na pozostałym ku górze zdrowym kanale jedynie dla wzmocnienia blaszki wewnętrznéj i uchronienia od powstania przepukliny skośnéj (*hernia externa)*. Powyższe dopiero co przytoczone uwagi zdawałyby się przemawiać, że metoda Bassiniego dla (rzadko zresztą spotykanych) przepuklin pachwinowych wewnętrznych nie jest ściśle obmyślanym i pewnym sposobem. Istotnéj jednak, bo na faktach opartéj odpowiedzi poszukajmy w pracy samego autora. We wszystkich 262 przypadkach miał on tylko 7 razy recydywy, a z pomiędzy wyleczeń 108 jako takie od $4^1/_2$ lat do przeszło roku po operacyi uznanych. Przeglądnąwszy jednak historyje chorób widzimy, że między przepuklinami Hesselbachowskiemi (*hernia directa*) figurują aż dwie recydywy (co się równa 11%, gdyż wogóle operował autor 19 tego rodzaju przepuklin) a resztę 17 przypadków, gdzie nawroty nie wystąpiły obserwowano przez czas krótki to jest 8 do 3 miesięcy, co nie daje rękojmi, że nawroty po dłuższym czasie jak w pierwszych dwóch przypadkach (w 18 i 8 miesięcy) nie nastąpią. Do tych przepuklin też odnosi się jeden przypadek śmierci. Podczas gdy rozłożywszy pozostałych 5 przypadków recydywy na przepukliny skośne (243) otrzymamy zaledwie 2% recydyw, a śmiertelność = 0.

Wobec tych wyników autora i wyżéj wyłuszczonych stosunków anatomicznych i naszego doświadczenia przy operacyi, uważałbym za wskazane połączenie przy *hernia directa* sposobu Bassiniego z metodą Mac-Ewena to jest robienia w tych razach z worka tamponu, coby i przy przepuklinach dużych, gdzie pierścień przepuklinowy jest bardzo obszerny i gdzie znaczna warstwa potrójna z trudnością da się przybliżyć do tylnéj krawędzi więzu Pouparta, było dla wzmocnienia tylnéj ściany pożądanem.

Podczas gdy dla przepuklin udowych metoda Mac-Ewena w całości swą doniosłą wartość zatrzymuje, to dla pachwinowych skośnych szczególniéj wolnych metodę opisaną za klasyczną uznać się musi, a jedynie przy uwięzgnięciu, gdzie już przyszło do zmian w tkaninach, należy powyżéj poczynione zastrzeżenia zachować. Z przytoczonych wywodów widać, że Bassini na cierpienie mechaniczne, jakiem jest przepuklina znalazł skuteczną drogę leczniczą w zastosowaniu zasad mechaniki; a jak wydoskonalenie téj nauki z jednéj strony wiedzie do wytwarzania coraz to idealniéj pomyślanych narzędzi kaleczących i zabijających człowieka, tak z drugiéj strony łagodzi mu jego kalectwo, dozwalając chodzić bez nogi, mówić bez krtani, odrzucać pasek przy przeklinie i to jest jéj piękne zadanie. Nie zdoła ono jednak jak się zdaje tak zaważyć na szali wobec *extremu* ujemnego, aby dzieje kiedyś mogły nazwać prawdziwie cywilizacyjnym nasz *finde siècle*.

W końcu niech wolno mi będzie złożyć WPanu Profesorowi Obalińskiemu wyrazy szczerego podziękowania nie tylko za łaskawe udzielenie mi materyjału i wskazanie źródeł, ale za zachętę do podjęcia i światłe, życzliwe kierownictwo w przeprowadzeniu niniejszéj rozprawki.

Już po oddaniu do druku powyższéj rozprawki, wykonano jeszcze trzy razy operacyję radykalną przepukliny, a że przypadki te niejako illustrują poczynione niektóre uwagi więc w krótkości pozwolę sobie je powtórzyć.

11) Jan Madej, student, lat 13. Chory od kilkunastu godzin doznaje gwałtownych bolów w okolicy talerza biodrowego prawego. Stolca i wiatrów od tego czasu nie było, a w ostatnich godzinach wystąpiły wymioty i zapad dość znaczny. Badanie wykazuje po stronie prawéj przepuklinę pachwinową wielkości pięści dziecka, miernie napiętą, bolesną. W dolnéj części guza wyczuwać się daje ciało obłe, wielkości śliwki, które chory przy dotyku uznaje za jądro. W mosznie znajduje się tylko jedno jądro po stronie lewéj. Rozpoznając: *Hernia inguin. dextra congen. incarcerat. in ind. c. kryptorchismo dextro* wykonano dnia 8/11 (Dr. Podgórski) w narkozie chloroformowéj herniotomiję sposobem Bassiniego. Po otwarciu worka przepuklinowego, uwolniono jelito uciśnięte, odłuszczono sznurek nasienny od worka, który wysoko podwiązany cofnął się do jamy brzusznéj. Jądro (zresztą zdrowe) mimo usiłowań nie dało się ściągnąć do dna moszna, ale go też nie wyłuszczono z obawy przed jeszcze większym zapadem chorego, który wśród narkozy parę razy popadał w asfiksyję. Ranę całkowicie zaszyto, spodziewając się rychłozrostu, gdyż jelito było tylko miernie uciśnięte, a otaczające tkaniny zdrowo wyglądały. Chory po paru godzinach oddał kał drogą naturalną. Trzeciego dnia wystąpiło podwyższenie ciepłoty (38·9) i ból w ranie Przy badaniu znaleziono zaczerwienienie koło 2 górnych szwów, a gdy te puszczono wylało się z głębi kilka kropli cieczy ropiastéj. Przestrzykano ranę sublimatem, a przy zmianie codziennéj opatrunku, reszta rany zgoiła się *per primam*, tak że chory po dwóch tygodniach szpital opuścił, zgłaszając się tylko ambulatoryjnie do przytuszowania powierzchownéj ziarniny w górnym kącie rany. Jądro prawe leży u szczytu moszny przy kości łonowéj.

12) J. Pecherek, l. 50, rolnik. U chorego rozpoznając: *Hernia inguinalis obliqua et directa dxtr. libera* wykonano 11/11 (Dr. Podgórski) operacyją sposobem Bassiniego. Przekonano się jednak po otwarciu kanału pachwinowego, że to co uważano za przepuklinę skośną, była tylko część przepukliny prostéj znajdująca się na zewnątrz od *vasa epigastrica*. Naczynia te więc podwiązano dwukrotnie i przecięto a worek w odcinku zewnętrznym zamknięto szwem Zweiffla-Obalińskiego zaś w wewnętrznym jak kapciuch podwiązano i zwinąwszy w tampon wszyto poza bramę przepuklinową, któréj brzegi zeszły się dokładnie. Sznurek nasienny przebiegał w części zewnętrznéj kanału pachwinowego prawidłowo i tylko w wewnętrznéj połowie stykał się nieco od przodu i dołu z workiem przepuklinowym, dlatego tylko w téj ostatniéj z łatwością go oddzielono i jak zwykle przy metodzie Bassiniego pomiędzy pojedynczemi warstwami zeszytych mięśni umieszczono. Chory ani razu nie gorączkował, a ranę 7 dnia jako *per primam* zgojoną przykollodionowano.

13) Pan W. W., leśniczy, operowany w domu zdrowia Dra Lustgartena z powodu *hernia ing. epipl. sin. accreta*. Zgojenie *per primam* w 10 dniach.

Tak więc przypadek 11 stwierdza przestrogę, że wobec przepuklin uwięzgniętych zaniedbanych na razie od téj metody się powstrzymać, a w przypadkach świeżych przynajmniéj powierzchownie sączek wprowadzić należy, aby licząc na *prima intentio* i zaszywając w zupełności nie narażać chorego ma niebezpieczeństwo ropienia w głębi.

Przypadek zaś 12 ogranicza twierdzenie powyżéj wypowiedziane, jakoby metoda Bassiniego była mniéj odpowiednią dla przepuklin pachwin. prostych, tylko do przypadków znacznego stopnia, bo przepukliny proste o bramie niezbyt

obszernéj zupełnie dobrze dają się za pomocą niéj usunąć. W razach rozmiarów większych radzę wytworzyć tampon z części worka, celem wzmocnienia wewnętrznego kąta rany co szybkiemu gojeniu nie stoi na przszkodzie, jak to widzieliśmy w naszym 12 przypadku.

III. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynek do kwestyi rozstępowania się połączeń stawowych kości miednicowych podczas porodu.

Podał
Dr. Władysław Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Dok. Patrz Nr. 50).

Nie wchodząc tutaj w zmiany chorobowe kości i połączeń tychże, które same przez się prowadzić mogą do zniesienia ciągłości lub zmniejszenia odporności pierścienia miednicowego, jak osteomalacyja, gruźlica, ropnie przerzutowe, i t. d., zwrócę się tylko do faktu fizyjologicznego, jaki wśród ciąży i porodu ma miejsce. Faktem tym jest naturalne zwiotczenie, a raczéj przez silniejszy napływ soków odżywczych, rozluźnienie połączeń stawowych miednicy. Fakt ten znany już oddawna i bardzo dokładnie opisywany przez starszych nawet już autorów jak Levret, Mohrenheim, Kilian itd., itd., fakt który zawsze ma miejsce, bo mieć je musi w czasie tym, w którym dla odżywienia jaja płodowego i utrzymania w ciągłem wzrastaniu i rozwoju potrzeba lokalnego zwiększonego dowozu żywności. Wówczas naturalnie i stawy są w grę wciągnięte. Gdy to nadmierne odżywienie ustaje równocześnie z wydaleniem płodu z organizmu, wracają one do prawidłowych stosunków i organa miejscowe i ich części do stanu, w jakim przed tym okresem się znajdowały.

Jeżeli jednak stan ten pod wpływem nieprawidłowych czynników nie wróci do normy, jeżeli daléj w tym stopniu trwać będzie, to następstwa jasno się przedstawiają. Jakież zaś mogą być czynniki oprócz tych, które wyżéj przytoczyłem, a któreby przeszkadzały lub uniemożliwiały inwolucyję, że się tak wyrażę, połączeń stawowych miednicy? Na to odpowiedź łatwą nie jest, ale wreszcie takową wytłomaczyć sobie można. Awater znalazł raz zmiany degeneracyjne natury łączno-tkankowéj w chrząstkach stawowych. E. Martin uważa to zboczenie jako bezpośrednio od zapalenia zawisłe, a Fenomenow wyszukał objawy chronicznego zapalenia chrząstek, które w przypadku miednicy kyfotycznéj odnosi do drażnienia, wywołanego przez zmienne ustawienie kości krzyżowéj podczas ruchów całego ciała. Jeżeli tedy przez ciążę i poród podobne rozluźnienie, wywołane pod wpływem chorób konstytucyjonalnych lub błędów hygijenicznych w czasie połogu nie ustąpi, ale w nadmiernym stopniu trwa daléj, to tem samem miejsce takie stanowi *locus minoris resistentiae* wśród późniejszych porodów i stać się może przyczyną pęknięcia nawet bez użycia znaczniejszéj siły. Niestety w odnośnéj literaturze z niewielu tylko przypadkami spotkałem się, w których dokładnie uwzględniona była ilość porodów poprzednich i ich przebieg. Dla tego bez wielu dowodów na pewno zdania mego głosić nie mogę, zdaje mi się wszakże, że tego rodzaju tłomaczenie w wielu przypadkach miejsce mieć może, tem bardziéj, że i pierwszy mój przypadek do téj kategoryi zaliczyć wypada. Oprócz tego podają Dührssen, Fraisse i Eisenhardt przypadki, pod względem wywiadów w tym kierunku dokładnie opisane, a w których operacyje ręczne a nie za pomocą narzędzi wykonane, zbyt wielkich trudności nie spotykały. We wszystkich jednak poprzednie porody albo były ciężkie, operacyje ukończone, albo też jak u Fraissa podczas naturalnego porodu nastąpiło rozluźnienie stawów, a wśród następnego pęknięcie. Z tego okazuje się, że nie potrzeba ani siły zbytniéj do użycia kleszczy, ani nawet porodu donoszonego zupełnie płodu (Eisenhardt, Murat, Greuser, Hayn), aby mogło być wywołanem to zboczenie w stawach miednicowych, które z powodu nadmiernego bujania komórek chrzęstnych (Fenomenow, Dührssen) stanowią skłonność do następowego rozejścia się tych stawów. Jeszcze więcéj za tem przemawia przypadek Galvagnego, w którym pęknięcie stawu spojenia łonowego wywołanem zostało przez nieuważny gwałtowny ruch, już w połogu.

Ze względu na bezpośrednią przyczynę powstawania téj komplikacyi, ciekawą rzeczą jest zestawienie wszystkich przypadków, w których podanym jest wiek i ciąża rodzącéj, jakoteż i przedsiębrane operacyje; przypadków, w których rozstęp wywołanym został przez przyrzut, lub przez bezpośrednie przejście zakażenia z organów rodnych — tutaj nie wliczam. W przeważnéj liczbie przypadków napotykamy ścieśnienie miednicy, czy to w kształcie płaskiéj, ale nie rachitycznéj lub ogólnie zwężowéj i kleszcze.

W niewielu tylko przypadkach przyszło do pęknięcia bez zastósowania pomocy ręcznéj lub instrumentalnéj.

Zestawienie to przedstawia się jak następuje:

Kleszcze: 1) 22 lat, pęknięcie spoj. łon. i krzyżow. biodr. praw. Bille, *Berl. kl. Wochenschrift* 1874; †

2) ścieśnienie mied., pęknięcie wszystkich połączeń. Ritgen, *Siebolds Journal*, T. VI; †

3) ścieś. miedn. pękn. spoj. krzyż. biodr. lew. Ulsamer, *Neue Zeitschr. f. Geburtskun.* †

4) ścieśnienie miedn., pęknięcie spoj. łon. Ulsamer, tamże; †

5) 35 lat, pierwszy poród, ścieś. miedn. spoj. łon. Hoffmann, tamże, T. 20 †

6) 26 lat. Drugi poród, ścieśnienie mied., pęknięcie spojenia krzyż. biodr. praw. Ahlfeld, *Schmidts Jahrb.*, T. 169; †

7) osteomalacyja, pęknięcie spoj. łon. Ulsamer, tamże; †

8) pęknięcie spoj. łonow. i krzyż. biodr. praw. Duchaine, *Virch. Hirsch. Jahresber.*, 1870, T. II.; †

9) ścieś. mied., pęk. spoj. łon. i przedniéj ściany pochwy, Gmelin, tamże, wyzdrowiała;

10) ścieś. mied., pęk. spoj. łon. i krzyż. biodr. praw. Odier, *Cannstatts Jahresber.*, 1864, wyzdrowiała;

11) 26 lat, pierw. poród, ścieś. mied., pęknięcie spojenia łonowego. Howitz, *Centrlbl. f. Gyn.*, 1880, Nr. 23, wyzdrowiała;

12) pęknięcie spoj. łonowego. Martin, tamże, Nr. 49, wyzdrowiała;

13) 23 lat, pierwszy poród, ścieśnienie miednicy, pęk. spoj. łonowego. Gmelin, *Inaugural Dissert.*, Tübing, 1854, zdrowa:

14) 24 lat, pierwszy poród, pęknięcie wszystkich spojeń. Guliński, *Gazeta Lek.*, 1888, zdrowa;

15) 38 lat, pierwszy poród, ścieśnienie miednicy, pęk. spojenia łonowego. Wahl, *Bayr. ärztl. Integlbl.*, 1877, zdrowa;

16) 42 lat, pierwszy poród, małe ścieśn. miedn., pęk. spojenia łonowego. Adams, *Med and ch. Journ.*, Boston, 1878, zdrowa;

Inne operacyje: 17) ścieś. miedn., poród przedwczesny 7 m., *Extractio man.*, pęk. spoj. łonow. Murat, *Dictionnaire des scienees méd.*, T. 51;

18) ścieś. miedn., ekstrakcyja trudna za pośladki, pęk. spoj. łon. Hoffmann, *Monatsch. f. Geburtskunde*, T. IV.; †

19) pęknięcie spoj. łon. podczas ręcznego wydobycia płodu. Giraud, *Dictionn. des scienc. med.*, Tom 54, wyzdrowiała;

20) 39 lat, 9 poród., wszystkie poprzednie ciężkie. Ręczne wydobycie dużych barków, pęknięcie spojenia łonowego. Dührssen, *Arch. f. Gyn.*, Tom 35, zdrowa;

21) 32 lat, pierwiastka, ścieś. miednicy, po nieudanych kleszczach *perfor.* i *extr.*, pęknięcie spojenia łon. Schauta, *Allg. Wiener med. Zeit*, 1882, zdrowa.

22) ścieś. miedn., *perfor.* i *extr. kephalotriptor*, pęknięcie spojenia łonow. Köstlin, *Inaugur. Diss.*, Tübing, 1880;

23) 29 lat, pierwiastka, ścieś. miedn. po nieudanych kleszczach, *perfor.*, *extr.* pękn. spoj. łon. i krzyż. biodr. lew. Ulsamer, *Neue Zeitsch. f. Geburstk.*, T. 17, zdrowa.

Ogłoszonych dotychczas w literaturze podobnych przypadków znalazłem 35, których zestawienie potwierdza tylko już dawniéj ugruntowane zdanie, że operacyje kleszczowe najczęściéj się przyczyniają do wywołania rozstępu. Uwagi jednak godną jest rzeczą ta okoliczność, że zboczenie to, czy wywołanem zostało przez operacyję położniczą, czy też powstało wśród naturalnego porodu często przytrafiało się u kobiet już nieco starszych, t. j. od 26 do 42 lat życia. W liczbie zaś téj 8 pierwiastek: 6 operowanych, a 2 bez operacyi rozwiązane. Okoliczność ta mogłaby wzbudzić wątpliwość co do genezy powstania pęknięcia z uwagi, że tego rodzaju stawy, jak między kośćmi miednicowemi z wiekiem stają się coraz mniéj podatnemi. Brak jednak i tutaj wywiadów w kierunku poprzednich chorób nie pozwala na stanowcze rozstrzygnięcie kwestyi.

Co się tyczy powiększenia objętości pierścienia kostnego miednicy przez rozstęp stawów, to tutaj różne są zdania. W każdym razie autorowie tacy jak Ahlfeld i Baudelocque stwierdzili doświadczeniem, że *Conjugata vera*, po zniesieniu połączenia w spojeniu łonowem, powiększa się zaledwie o $^1/_2$ cm. Uważając tę liczbę za niedostateczną do zwiększenia wymiaru prostego o tyle, aby dalszy poród mógł się odbyć swobodnie, twierdzi Ahlfeld, że wymiar ten wówczas dlatego znacznie się powiększa, iż równocześnie z pęknięciem w kilku miejscach następuje nachylenie się miednicy przez część obrotu téjże około osi poprzecznéj przez środek kości krzyżowéj przeprowadzonéj. Do tego jednak potrzeba niezbędnie i pęknięcia w stawie krzyżowo-biodrowym, aby obie płaszczyzny mogły zmienić ustawienie względem siebie. Stwierdził to również dokładnie i prof. Aeby w Bernie (*Mechanism. der symph. sacro iliaca, Arch. für Anat. und Physiol.* von Hiss u. Braune) w pracy swéj o ruchach tego stawu. Gdy jednak nie ma żadnego pęknięcia w tych stawach, to przypuścić należy, że w jednem tylko miejscu powstałe odnosi się do chorób dawniejszych lub jeszcze istniejących i gdy niestosunek porodowy jasno się przedstawia, ukończenie porodu odbywa się kosztem i miednicy matki i czaszki płodu, jako części najwięcéj stanowiącéj trudności w przejściu przez ścieśniony kanał kostny.

Zwracając się teraz do rokowania, to stanowczo twierdzić mogę, iż zawisłem ono jest od wczesnego rozpoznania i w danym przypadku przedsiębranego leczenia. Jak już wyżéj, tak i tutaj nie biorę w rachubę przypadków na tle gruźliczem lub ogólnéj infekcyi, ale mam na myśli schorzenia w początku czysto miejscowe, nie mające żadnego charakteru specyficznego.

I tu jednak zakażenie może się rozwinąć przez dostanie się prątków, licznie w odchodach położnic zawartych. Ogólnie jednak biorąc, rokowanie nie przedstawia się niepomyślnie, gdy sprawa przez czas dłuższy miejscowo się tylko rozwija. Jednak pozostawienie jéj własnemu przebiegowi, lub pomoc niedostateczna, łatwo może wywołać uogólnienie zakażenia, które za sobą smutne następstwa pociąga. Leczenie zależne od okresu choroby będzie naturalnie różnem. Winckel i Ahlfeld zalecają zakładanie pasa i spokój absolutny, Dührssen zaś radzi przystąpienie do operacyjnego oczyszczenia ropnia, gdy tylko ma pewną podstawę do rozpoznania takowego. Zachodzą tutaj jednak drobniejsze okoliczności, które mają wielkie znaczenie. Gdy wśród porodu zostało pęknięcie skonstatowanem, pierwszą będzie rzeczą poddać dokładnemu zbadaniu pochwę, jakie mianowicie w ścianach téjże pozostały nadwerężenia i gdzie one są usadowione. Często bowiem się zdarza, że z pęknięciem spojenia łonowego kombinuje się i pęknięcie przedniéj ściany pochwy, przyczem nieraz bezpośrednia komunikacyja pozostaje. Jeżeli tedy badanie wykaże ranę, choćby nawet niezbyt w głąb drążącą, pierwszem zadaniem będzie zamknięcie takowéj, po dokładnem wymyciu pochwy płynem antiseptycznym. Zaszycie to z tego względu uważam za konieczne, aby od ran odciąć wszelką możebność bezpośredniego dostawania się pierwiastków infekcyjnych do jamy w głębi tkanin przez pęknięcie stawu powstałéj. Zamknięcie takie szczelne jest jedynym środkiem od zakażenia chroniącym, bo samo pęknięcie stawu, jakto Dührssen przez doświadczenie na królikach stwierdził, nie grozi jeszcze niebezpieczeństwem, gdy staw uszkodzony od dojścia organizmów infekcyjnych był zupełnie ochronionym. Jeżeli znaczniejszego nadwerężenia ścian pochwy niema, to i tak dokładne oczyszczenie téjże codziennie, t. j. przestrzykiwanie rozcz. $3^0/_0$ kwasu karb. lub $1^0/_{00}$ sublimatu i zakładanie gazy jodoformowéj działającéj jako sączek jest niezbędną potrzebą.

W pierwszych dniach po pęknięciu stawu terapija pod postacią spokojnego leżenia i okładów lodowych na uszkodzoną okolicę jest środkiem nieodzownie potrzebną. Raz, aby krwawienie powstrzymać, lub od niego się uchronić, powtóre, aby zapobiedz łatwo rozwinąć się mogącemu silniejszemu zapaleniu i następowéj znacznéj wypocinie.

Gdy jednak środki te okażą się bezsilnemi i sprawa chorobowa początkowo miejscowo czysto zapalna, przybierze charakter zakaźnéj, to jest, gdy chora gorączkuje z typem ropienia odpowiednim, gdy tętno staje się miękkiem i pełnem, występują dreszcze i brak apetytu, w takim razie ociąganie się z otwarciem ogniska zakażonego nie jest na miejscu. Mógłby mnie ktoś na tem miejscu zarzut zrobić, że w razie takim zaszywanie rany w pochwie (jeżeli takowa pozostała) jest nieodpowiednim zabiegiem, że przez nią bez operacyi, jako naturalnym otworem, mogłaby ropa z ogniska zapalnego koło stawu swobodnie odpływać.

Gdy jednak z samego początku wiedzieć nie można, czy nastąpiło już zakażenie od pochwy, czy przypuszczenie, że rana jest czystą wśród traktowania porodu antiaseptycznie nie jest błędnem, to z drugiéj strony, chociażby zakażenie nastąpiło, to przez pozostawienie otworu w pochwie pożytku wielkiego mieć nie będziemy. Boć lepiéj i łatwiéj i wygodniéj jest opatrywać chorą przez ranę położoną na zewnątrz, dokładnie i łatwo kontrolowaną, aniżeli przez otwór w pochwie, coby pociągało za sobą ciągłe nużenie choréj zmianą położenia i niedawało zupełnéj pewności w opatrunku.

Radykalne operacyjne leczenie tego zboczenia tak dalece niezbędną rzeczą mi się wydaje, że ani okolica, w któréj ropienie się rozpoczęło, ani metoda operacyjna w danym przypadku od wykonania odstraszać nie powinna. Wspominam zaś z tego względu o metodach, że odpowiednio do umiejscowienia ropnia należy i drogę do niego wynaleść. Najwięcéj zaś trudności stanowi w tym względzie okolica stawów krzyżowo-biodrowych. Dotychczas ograniczano się do wyczekiwania, aż się opadowy ropien utworzy, aby go dopiero w dogodniejszem miejscu operować. Strata jednak sił choréj przez to wyczekiwanie może być niepowetowaną. Dla tego sądzę, że, chociaż z trudnością, należy w razach

takich dobrać się do ogniska ropnego przez cięcie z tyłu wykonane i czy przytem oszczędzać się będzie kości, czy też obrawszy zabieg Kraskego lub Zuckerkandla, kość ogonową się nadweręży, to zawsze mniejsze niebezpieczeństwo za sobą pociąga i prędzéj i łatwiéj do pomyślnego rezultatu doprowadzić jest w stanie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Z pracowni Kocha. Behring: **O odporności zwierząt wobec jadu błonicy.**

Jako dalszy ciąg pracy swéj wykonanéj wspólnie z Drem Kitasato („Przegl. Lek.", Nr. 50) ogłasza B. swoje doświadczenia. Zwierzęta, które przedtem skłonne były do zakażenia się jadem błonicowym, można uczynić odpornemi wobec tego jadu w rozmaity sposób. Jednym z takich sposobów jest szczepienie hodowli, których siłę osłabiono przez sterylizowanie; drugi sposób polega na osłabieniu siły jadu działaniem trójchlorku jodu w rozczynie 1:500. Innym środkiem zmniejszającym siłę infekcyjną bakteryj są produkta wymiany materyi przez nie wytwarzane. Metodą, któréj nikt jeszcze dokładnie nie stosował, a która polega także na działaniu produktów wymiany materyi prątków błonicy, posługiwał się B., a mianowicie szczepił zwierzętom błonicę i starał się za pomocą środków leczniczych przeszkodzić działaniu zabójczemu jadu. Metoda ta przypomina powstawanie odporności u ludzi po przebyciu choroby infekcyjnéj. Jako środka służącego do wyleczenia zwierząt dotkniętych gruźlicą używał autor trójchlorku jodu, który wstrzykiwano bezpośrednio po zaszczepieniu jadu dyfterycznego i przez 3 dni następne raz dziennie po dawce 0·02 do 0·04. Swinki morskie, które przy takiem postępowaniu pozostały przy życiu, dłuższy czas chorują, a wyleczenie rozpoczyna się od zapalenia demarkacyjnego w miejscu zaszczepienia jadu, po pewnym czasie wytwarza się strup, pod którym nawet po 3 tygodniach znaleść można życie i siłę zakaźną posiadające prątki błonicowe. Zwierzęta takie, szczególnie po upływie pewnego czasu, okazują się odporne dla takiéj dawki jadu dyfterycznego, która zabija normalne zwierzęta w ciągu 36 godzin. Króliki jeszcze łatwiéj uczynić odpornemi.

Ostrożnie wykonane próby na ludziach nie doprowadziły jeszcze autora do dodatnich wyników. B. sądzi, że czynnikiem sprowadzającym odporność są tu niewątpliwie produkty wymiany materyi, gdyż podawanie zwierzętom trójchlorku jodu p r z e d zakażeniem nie czyni ich odpornemi.

Wreszcie można świnki morskie, a szczególnie króliki, uczynić nieprzystępnemi dla jadu dyfteryi za pomocą środka, który z produktami prątków nie ma nic wspólnego, a środkiem tym jest d w u t l e n e k d w u w o d u. Zwierzęta, którym po zaszczepieniu podawano H_2O_2, ulegały szybciéj błonicy, niż normalne, a gdy do hodowli środka tego dodano, zakaźność ich się zwiększała. Natomiast jeżeli zwierzętom podawano p r z e d zaszczepieniem dyfteryi dwutlenek dwuwodu, to okazały się one dla jadu tego nieprzystępne.

Przy téj sposobności odsłania B. tajemnicę, że w badaniu odporności wobec tężca używał Kitasato także istoty chemicznéj, t. j. trójchlorku jodu.

W jakikolwiek z powyższych sposobów zwierzę uczyniono nieprzystępnem dla prątków błonicy, jest ono także odpornem wobec wszystkich istot, które prątki te wytwarzają. Na czem odporność polega, rozstrzygnąć trudno; B. przypisuje jéj pojawienie się pewnym własnościom surowicy krwi pod wpływem powyższych środków się znajdującéj. W doświadczeniach swych i Dra K. nad tężcem zdołali zwierzęta, które po zaszczepieniu znajdowały się już w bardzo opłakanym stanie, na kilka godzin przed spodziewaną śmiercią, przez zastrzyknięcie krwi zwierząt odpornych uratować. B. sądzi przeto, że m o ż l i w o ś ć wyleczenia ostrych chorób zakaźnych nie jest wykluczoną. (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 50). *Dr. Beck.*

Choroby kobiece.

Hofmokl: **Obrażenie części rodnych przez spółkowanie.**

Autor przed opisaniem przez siebie obserwowanych przypadków opisuje 2 znane mu tylko z historyj chorób przypadki. Jeden dotyczył 58-letniéj niewiasty, która po spółkowaniu *a posteriori* z młodym tęgim mężczyzną dostała silnego krwotoku; przyczyną takowego była 2 cntm. długa rana darta w tylnem sklepieniu. Drugi dotyczył 25 letniéj dziewczyny, u któréj po gwałtownem spółkowaniu znaleziono w tylnem sklepieniu rozdarcie błony śluzowéj aż do otrzewny sięgające. Z przypadków przez H. obserwowanych jeden dotyczył 17-letniéj dziewczyny, u któréj po forsownym *coitus* wystąpił silny krwotok. Badanie pochwy wykazało jako przyczynę krwotoku romboidowy 4 cntm. długi, 3 cntm. szeroki ubytek w błonie śluzowéj pochwy. Spółkowanie odbywało się na łóżku poprzecznem z ułożeniem nóg spółkującéj na ramionach spółkującego. Drugi przypadek dotyczy 18-letniéj służącéj, którą zgwałcił chlebodawca w ten sposób, że uchwyciwszy ją od tyłu za ręce, usiłował spółkować *a posteriori*. Pacyjentka podaje, że czuła dokładnie silne a bardzo bolesne uderzenia naprężonego prącia. Z powodu obrzęku i krwotoku ze sromu zgłosiła się do szpitala, gdzie znaleziono wargę większą lewą na przestrzeni 3½ cntm. długiéj oderwaną od pochwy i cewki moczowéj. Badanie skombinowane wykazało brak macicy i jajników. We wszystkich przypadkach rany goiły się w krótkim czasie bez żadnych powikłań. (Z odbitki z *Internationale klinische Rundschau*, Nr. 39, 1890). *Dr. St. Czapliński.*

V. Z międzynarodowego lekarskiego zjazdu w Berlinie.

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Wspominam tylko o okazach wystawionych przez prof. Bergmanna, t. j. o przekrojach przez ciała ludzkie zamarznięte, które wyjaśniają położenie pęcherza i odbytnicy po ich wypełnieniu i że wówczas odstęp pomiędzy otrzewną a spojeniem kości łonowych jest największy, jeżeli oba narządy powyższe są silnie napełnione. Zajmującym jest jego zbiór czaszek z ranami postrzałowemi, tudzież zbiór kul, wydobytych w roku 1877 podczas wojny rosyjsko-tureckiéj; niemniéj jest interesującym zbiór kamieni żółciowych i moczowych wystawiony przez b. profesora Fischera z Wrocławia, zbiór postrzałów Dra Regera i rozprawy jego o ranach zadanych przez najnowsze karabiny, preparaty Dra Küstera n. p. prepa at udowodniający, że krążek kostny wydobyty podczas trepanacyi i włożony napowrót, zupełnie się przygoił itd. Z wystawców-fabrykantów narzędzi chirurgicznych odznaczają się dobrocią i wytwornością wyrobów: Dannenberg w Hamburgu, Hermann Haertel w Wrocławiu, E. Jakule w Berlinie, F. Schwabe w Moskwie, znana firma Windlera w Berlinie i Walb w Heidelberdze, który wystawił bardzo praktyczne torby i kufereczki z narzędziami do akuszeryi i ginekologii oraz aseptyczne skrzyneczki z nikelinu lub białéj blachy, służące do przechowania narzędzi. Między wielu innymi jeszcze wystawcami odznaczył się R. Trzebiatowski w Szczecinie, który za umiarkowaną cenę 70 marek dostarcza bardzo praktycznych, żelaznych, a mimoto lekkich stołów operacyjnych, służących zarazem w formie krzeseł do badań ginekologicznych, oraz Dr. Standke z Bremy, który wystawił zbiór różnych narzędzi zrobionych z czystego glinu (*aluminium*), tego metalu przyszłości. Wyroby te odznaczają się lekkością, srebrnym połyskiem i trwałością nawet wobec kwasów. Wyrabia je fabrykant Huth w Bremie, a glinu dostarcza fabryka w Hemelingen. Znaczny również poczet wystawców gromadził różne przybory, służące do opatrunków, sztuczne kończyny (Hoffmann w Norymberdze).

W dziale medycyny wewnętrznéj spotykamy się głównie z różnego rodzaju przyrządami do wziewań n. p. z przyrządem Marpmanna, służącym do wziewania ciepłego powietrza, zmięszanego z alantolem (wystawca Ferd. Dehul w Halli),

z przyrządem inhalacyjnym do wziewań mentolu (wystawca Windler w Berlinie) itd. Estesiometry i kinestesiometry, stetoskopy różnéj formy, przyrządy do wieszania tabetyków takie same, jakie już widziałem w klinice Charcota w Paryżu (wyst. przez Dra Rosenbauma w Berlinie), a w końcu bardzo praktyczne albuminimetry, strzykawki Pravaza ulepszone, termometry, oznaczające już w 2 minutach ciepłotę ciała, bardzo praktyczne, a stosunkowo tanie (Wiegand, Berlin, Eichendorffstrasse 10), i szpatułki do badania jamy ustnéj ze szkła lub celuloidu, obok wielu innych drobiazgów zapełniają szafy i stoły w tymże oddziale.

W dziale położnictwa i ginekologii powszechną uwagę zwracały na siebie preparaty, przedstawiające przekroje przez zamarznięte zwłoki rodzących (prof. Saexinger w Tübindze, prof. Waldeyer w Berlinie, prof. Chiari w Pradze), nadto liczne preparaty przechowane w spirytusie, a wystawione przez Dra Martina i prof. Olshausena w Berlinie, oraz doborowe narzędzia używane w ginekologii, a wystawione przez Haertla z Wrocławia, Selewalego w Moskwie i Windlera w Berlinie. Jako nowość wymienić muszę kleszcze porodowe, kleszczyki do polipów i wziernik dwulistny, zrobione z aluminium (glinu), katetery ze szkła (Warmbrunn et Quilitz w Berlinie), przenośny przyrząd do znieczulenia bólów porodowych za pomocą wziewania kwasorodku dwuazotu i czystego tlenu w stosunku $\frac{4}{5} \left.\begin{matrix}N\\N\end{matrix}\right\} O$ do $\frac{1}{5}$ O.

Wiele nowości przedstawia również wystawa w oddziale dla chorób ocznych. I tutaj widać dążność do przeprowadzenia aseptyki przy wszelkich operacyjach. Wzierniki i perimetry ulepszone, przyrządy spektralne do badania ślepoty barw, amaurograf Wojciechowskiego z Kalisza, za pomocą którego ślepi i krótkowidze mogą pisać, model Dra Schoena wyjaśniający mechanizm akomodacyi w oku (Meder w Lipsku), oraz zbiór sztucznych oczu uporządkowany według ras ludzkich (Müller, Wiesbaden) zasługują koniecznie choćby na pobieżną wzmiankę.

I w zakresie otijatryi, laryngologii, rhinologii oraz urologii widocznym jest postęp na każdym kroku. Nowe przyrządy, służące do zbadania bystrości słuchu (Appun w Hanau), graficzne przedstawienie oddziaływania nerwu słuchowego na prąd elektryczny, piękne a liczne przekroje przez kość skroniową (Dr. Hartmann w Berlinie), wzierniki krtaniowe z użyciem oświetlenia elektrycznego, panelektroskop Leitera (Hirschmann, Berlin), termokautery do nosa i gardła i różne aseptyczne instrumenta do tracheotomii, w końcu narzędzia Nitzego, służące do oświetlenia elektrycznego pęcherza, kleszczyki z lampką elektryczną umieszczoną w zamku tychże, a służące do operacyi nowotworów w pęcherzu (Hartwig w Berlinie), różne wzierniki, służące do zbadania cewki moczowéj (endoskopy), zgłębniki i świeczki według prof. Guyona (H. Vergue, Paryż), katetery i t. d. wypełniają bogatą wystawę w działach medycyny na ostatku wymienionych.

Zanim opuścimy ten gmach wystawy, wspomnieć jeszcze muszę: o mikroskopach najnowszéj budowy przedstawionych publiczności lekarskiéj przez zaszczytnie znane firmy Zeissa w Jenie, Schiecka i Himmlera w Berlinie, Reicherta w Wiedniu, Leitza w Wetzlarze; o mikrotomach Schanzego z Lipska; o bardzo udatnych preparatach mikroskopijnych prof. Schoebla w Pradze szczególniéj z zakresu chorób ocznych, tudzież o aparatach fotograficznych, służących do celów lekarskich i zbiorach kolorowanych, a więc prawie naturalnych fotografij, zdjętych tak z różnych bakteryj i preparatów histologicznych, jak i z różnych narządów w stanie zdrowym i patologicznym.

Pod gołem niebem przed opisanym co dopiero gmachem wystawy widać z jednéj strony: wielkie machiny desinfekcyjne, wystawione przez firmę Rietschel et Henneberg w Berlinie, nadto przez firmę Luhme et Comp. (Dr. Hermann Rohrbeck), która przedstawiła również małe aparaty do sterylizacyi instrumentów lekarskich, a z drugiéj strony pociąga nas do siebie wystawa ministerstwa wojny (pruskiego i bawarskiego) oraz zarządu marynarki.

Najnowszym i najdzielniejszym środkiem desinfekcyjnym, który ma przewyższyć pod względem potęgi antiseptycznéj wszystkie inne dotąd używane, jest „Lysol", wytworzony przez firmę Schülke et Mayr w Hamburgu. Przetwór ten jest cieczą przeźroczystą, brunatno-zabarwioną, o woni nieco przypominającéj smołę, rozpuszcza się w wodzie i nie okazuje własności żrących lub trujących. Do oczyszczenia rąk operatora i narzędzi wystarcza roczyn 1—2%, do oczyszczania ran 0·25%.

Znana już wszystkim kreolina została wystawioną przez firmę William Pearson et Comp. w Hamburgu, a znany również ichtyjol pod różnemi formami t. j. jako wata ichtyjolowa, mydło ichtyjolowe i plaster ichtyjolowy i jako lek w kapsułkach zajął osobny mały dział na wystawie leków, przedstawiony udatnie przez towarzystwo: Cordes, Hermanni et Comp. w Hamburgu, które zajmuje się eksploatacyją ichtyjolu z materyjału surowego wydobywanego w Tyrolu. Fabryka chemiczno-farmaceutyczna J. D. Riedla w Berlinie przedstawiła tyjol, sulfonal, fenacetynę i nowy lek salipyryn, nadto *antipyrinum crystallisatum* i *pulveratum*, a wzbudziła ogólne zainteresowanie apteczką chińską, która zawierała 341 leków. H. Trommsdorf w Erfurcie przedstawił znane przetwory sozojodolowe; firma: Meister, Lucius i Brüning w Höchst nad Menem przepyszne kryształy antipyrynowe. Z zagranicznych fabrykantów wymienić muszę firmę Bourrougs, Welcome et Comp., która wystawiła apteczkę podręczną, umyślnie urządzoną dla Stanleya na czas jego ostatniéj podróży podjętéj niby celem odszukania Emina baszy. C. Stephans właściciel fabryki przetworów farmaceutycznych w Dreznie urządził wystawę tak zw. antroforów, z których szczególniéj nowe (*Prostata-Antrophore*), służą do leczenia wiewióra przewlekłego i pozwalają wprowadzić do tylnéj części cewki moczowéj różne leki, jakoto: *thallinum sulfuricum* 2—5%, *resorcinum* 3—5%, azotan srebrowy 0·5—3%, kwas garbnikowy 5% i t. d. Podobnież antrofory służą i do leczenia chorób macicy i nosa. Apteka S. Radlauera pod koroną w Berlinie wystawiła leki zupełnie nowe: *Somnal*, *essentia ferri albuminati* (przetwór żelazisty łatwo strawny i przyjemny do zażywania), *antinervinum* (*Salicylbromanilid*): proszek biały łatwo rozpuszczalny w gorącéj wodzie, alkoholu i eterze, a używany obecnie jako lek przeciw gorączce i przeciw bólom nerwowym. Nadto woda ozonowa, służąca do przemywania ran, do płukania w przypadkach błonicy itd., tudzież pigułki pepsynowe z dodatkiem nieco kwasu solnego, stanowią również specyjalny wyrób téj przedsiębiorczéj firmy.

Apteka Scheringa w Berlinie wystawiła wina lekarskie (wino Condurango, wino Coca i Cascara), oraz essencyję pepsynową. Dr. Graf et Comp. w Berlinie zalecali lanolinę boroglicerynową zamiast waseliny karbolowéj przy badaniach i operacyjach położniczych, nadto nie złą czekoladę z olejkiem rycynowym i tak zwany *Antibaktericon*, t. j. przetwór ozonowy. Denayer w Londynie przedstawił: pepton mięsny płynny, sterylizowany, nadto pepton żelezisty i inne wyciągi mięsne i jarzynowe; Ed. Loeflund et Comp. w Stuttgardzie: peptonizowane mleko dla dzieci (zawiera 33% maltozy), sterylizowane mleko alpejskie i znaczny poczet przetworów słodowych.

W pierwszéj części oddzielnéj wystawy m. Berlina przedstawione są łóżka używane w szpitalach miejskich, oraz wanny, stoliki itd.; w drugiéj plany szpitali miejskich i urządzenia sal operacyjnych, w trzeciéj urządzenia w zakładach desinfekcyjnych, w czwartéj plany zakładów dla umysłowo-chorych, w piątéj urządzenia w rzeźni centralnéj i plany wodociągów miejskich, [illegible] wreszcie części przedstawioną jest kanalizacyja [illegible] przedstawienie w sposób graficzny sto[illegible] pawilony szpitalne.

W końcu zakład[illegible] mieckiego, jak i z zagranicy posp[illegible] nych ciekawych okazów anatomicznych tak [illegible] tomii prawidłowéj, jak i chorobowéj. Bogata i zajmująca [illegible] wystawa, urządzona przez Virchowa, jak i przez Limana z zakresu medycyny sądowéj. W tym dziale chlubnie się odznaczyli nasi rodacy: prof. Teichmann z Krakowa przez prześlicznie nastrzyknięte naczynia limfatyczne i Dr. Neuge-

bauer z Warszawy przez zbiór miednic nieprawidłowo-ukształconych, kręgosłupów skrzywionych i liczny poczet fotografij ilustrujących odnośne przypadki chorobowe.

Dr. Obtułowicz.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 grudnia. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze! Wyczytawszy w ostatnim „Czasie“ Nr. 293 urywek z artykułu pomieszczonego w „Przeglądzie Lekarskim“ o powstającéj katedrze higijeny i bakteryjologii oraz o ustanowienie wykładów fachowych higijeny dla kandydatów stanu nauczycielskiego słowa dodatkowe: „szkoda tylko, że nie poruszono sprawy lekarzy szkolnych dla zakładów średnich itd.“, pośpieszam zwrócić Pańską uwagę, że owszem sprawę tę poruszono niedawno z miejsca, jak sądzę najodpowiedniejszego. Wskutek bowiem memoryjału w téj sprawie wniesionego przez Zarząd Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych do Sejmu, który to memoryjał Sejm przydzielił swojéj komisyi szkolnéj, a ja miałem zaszczyt być jéj referentem w téj sprawie, Sejm uchwalił na ostatniem posiedzeniu d. 29 listopada rezolucyję wzywającą c. k. Rząd, „aby w najkrótszym czasie ustanowił lekarzy szkolnych przy szkołach średnich w kraju naszym“. W skutek tego p. Minister Oświaty ma wszelką sposobność, żeby się w téj sprawie oświadczył, co według pomienionego artykułu jest rzeczą pożądaną.

Może Szan. Pan uzna za stosowne wypowiedziane w onym artykule zapatrywanie uzupełnić ewent. sprostować tą wiadomością, którą pozwalam sobie mu przesłać; ja zaś korzystam z téj sposobności, żeby wyrazić wysokie poważanie, z jakiem pozostaję

powolnym sługą Zakrzewski.

Kraków d. 20 grudnia 1891 r.

Czyniąc zadość życzeniu JWP. p. Rektora Uniw. Jagiell. oświadczamy, że o w mowie będącéj rezolucyi Sejmu naszego wspomnieliśmy w Nrze 47 Przeglądu Lek.; ubolewanie zaś nasze wyrażone w Nrze 51 Przegl Lek. odnosiło się do Rady państwa, w któréj o ważnéj téj instytucyi nie było mowy, a tem samem p. Minister nie miał sposobności wypowiedzenia zapatrywania swego na posiedzeniu Izby. *Redakcyja.*

* Na posiedzeniu jubileuszowem Wydziału lek. w Poznaniu wybrani zostali członkami honorowymi: proff. Baranowski, Brodowski i Hoyer z Warszawy, Madurowicz i Rydel z Krakowa, Nencki z Berna, Mierzejewski z Petersburga, Koch, Pasteur i Lister. Korespondentami: Sokołowski, Matlakowski, Bujwid, Dunin z Warszawy, Cybulski, Jaworski, Obaliński, Rydygier z Krakowa, Merunowicz ze Lwowa, Obtułowicz z Buczacza, Karliński ze Stolaca, Chodounsky z Pragi czeskiéj i Jurasz z Heidelberga. (Co do Obalińskiego zaszła oczywista omyłka, ponieważ już od lat kilku jest członkiem korespondentem.)

* Otrzymaliśmy numer jubileuszowy *Nowin Lekarskich* (z kolei 13-ty), wydany z powodu 25 letniego jubileuszu Wydziału lekarskiego T. P. N. w Poznaniu. Zeszyt ten ozdobiony portretem Mateckiego zawiera: Przemówienie Przewodniczącego radzcy Dra Wicherkiewicza, wspomnienie pośmiertne ś. p. Dra Mateckiego, napisane przez Dra Zielewicza, sprawozdanie z czynności Wydziału przez lat 25, skreślone przez Dra Świderskiego, spis członków od r. 1865 do 1890, życiorysy członków zmarłych w tym okresie, napisane przez Dra Kochlera; wreszcie rozprawy: Dra Zielewicza i Dra Jarnatowskiego o sposobie leczenia Kocha.

* W tygodniu 49 (7—13 grudnia) było w Krakowie małżeństw 3, urodzin 48, skonów 39 (26·55); z tych było: z zap. płuc 8, z gruźlicy 7, z płonicy 3.

* **Nekrologija.** W Berlinie umarł tajny radca lekarski prof. nadzw. Dr. Henryk Jacobson, prymaryjusz oddziału chorób wewn. w szpitalu żydowskim, licząc lat 64. Był on starszym bratem zmarłego już prof. okulistyki w Królewcu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 50: Przewoskiego: Sposób przepajania tkanek parafiną; Sędziaka: W kwestyi rozpozn. i lecz. t. zw. wyrośli adenoid. w jamie noso-gardziel.; Noiszewskiego: Drobnoustrój jaglicowy; Cybulskiego: O ucisku mózgu (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 50: Stankiewicza: O trudnościach przy wydobywaniu większych kamieni z pęcherza mocz. za pomocą cięcia. — W *Gazecie Lek.* Nr. 51: Święcickiego: Narośl miednicy kostnéj, cięcie ces., wyzdrowienie. — Sędziaka: Rozpozn. i leczenie t. zw. wyrośli adenoid. (dok.); Cybulskiego: O ucisku mózgu (dok.). — W *Medycynie* Nr. 51: Stankiewicza: O trudnościach przy wydobywaniu większych kamieni z pęcherza mocz. (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Doc. PIOTROWSKI (we Lwowie): O prądzie osiowym w nerwach (odbitka z *Rozp. Akad. Umiej.*) 1890, in 8-vo str. 10. — Tenże: Kilka słów o nerwicy języka (odbitka z *Przegl. Lek.*) 1890 in 8-vo str. 7. — Tenże: O nerwicach urazowych (odbitka z *Przegl. Lek.* 1890) in 8-vo str. 23. — Dr. K. E. WAGNER (z Petersburga): Contribution à l'étude de l'immunite. Le charbon des poules, Scean ex 1890, in 8-vo str. 33 z tabl. chromolitogr. (z oddziału Miecznikowa w zakladzie Pasteura). — Dr. Julius FESSLER (München): Klinisch-Experimentelle Studien ü. chirurg. Infectionskrankheiten, München, 1891 in 8-vo, str. 176. — Dr. J. BOGDANIK (w Białyj): Die Geschosswirkung d. Mannlicher-gewehre (odbitka z *Wiener Klinik*) Wien, 1890, in 8-vo str. 28 z 26 rycinami.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.